

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N° 1493

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Lucien LEANDRI

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

né le 25 juin 1913 à Levallois-Perret (Seine)

**Un Cas d'Appendicite
à Gauche**

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1939

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Lucien LEANDRI

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

né le 25 juin 1913 à Levallois-Perret (Seine)

**Un Cas d'Appendicite
à Gauche**

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique Médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	



MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRÉ.
BRUMPT.
BAUDOIN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
AUBERTIN.
TANON.
BALTHAZARD.
LÉVY-VALENSI.
Henri BÉNARD.
CHIRAY.
ABRAMI.
FIESSINGER.
LOEPER.
RATHERY.
LEREBoullet.
NOBÉCOURT.
LAIGNE-LAVASTINE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNÉO.
GOSSET.
GRÉGOIRE.
LENORMANT.
VELTER.
CHEVASSU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
LÉVY-SOLAL.
MOCQUOT.
OMBRÉDANNE.
HARVIER.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
Maurice VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
LAUBRY.
Clovis VINCENT.
N...
HAZARD.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
GORDIER	Anatomie.

MM.	
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	
(Roger)	Urologie.
DELIARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.
DESAILLE	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
MARCIN	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
M ^{re} GAUTHIER- VILLARS	Anatomie pathologique.	MENÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MAYET	Physiologie.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
TIROUD	Histologie.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
MAGUENAU ..	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
MALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophtalmologie.
MOANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
MACOMME	Obstétrique.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LAVIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{re} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAILEY- BERT	Physiologie.	NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCC.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DL GAUDART	
GASTINEL		D'ALLAINES.	
DONZELOT.		MOULONGUET.	
DUVOIR.		MOURE.	
HUGUENIN		QUÉNU.	
LAROCHE (G.).			
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE.			
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale

*Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR
MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET
MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY
MONSIEUR LE DOCTEUR DECOURT
MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE
MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT
MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

Externat en premier :

MONSIEUR LE DOCTEUR METIVET

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR METIVET

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

AMELINE, *Professeur agrégé, Chirurgien des
hôpitaux ;*
POLLET, *Médecin des hôpitaux ;*
SOULIE, *Médecin des hôpitaux ;*
SUREAU, *Accoucheur des hôpitaux.*

A MES MAITRES DE CONFERENCE

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUDREAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BERNARD

MONSIEUR LE DOCTEUR BENAERTS

MONSIEUR LE DOCTEUR SIGUIER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VUILLEME

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Nous aurions voulu pouvoir accomplir, au terme de nos études, un travail d'une certaine importance, en rapport avec les traditions de l'internat, et digne de tout l'intérêt que nos Maîtres dans les hôpitaux ont bien voulu nous témoigner.

Les événements actuels nous ont imposé, au contraire, la nécessité de terminer précipitamment nos études de Faculté.

Nous nous sommes donc borné à publier une observation d'une certaine rareté, avec quelques commentaires. Ce travail, en tête duquel des hommages particuliers nous auraient paru déplacés, ne saurait avoir d'autre prétention.

Nous nous en excusons donc auprès de nos Maîtres, en les priant, cependant, de bien vouloir trouver ici un témoignage de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse affection.

La question de l'appendicite à gauche a été maintes fois traitée et, après une longue période de confusion, paraît maintenant au point.

Cependant, les cas de malformations anatomiques véritables, antérieures à toute manifestation pathologique, demeurent une rareté.

Aussi, nous a-t-il paru intéressant d'en rapporter une observation inédite, avec quelques commentaires, sans vouloir entrer dans une étude détaillée de la question.

HISTORIQUE

Bien que les anciens paraissent avoir déjà connu les inversions viscérales, ce n'est qu'en 1897 que semblent, du moins en France, avoir été publiés les premiers travaux sur la question. En effet, à cette époque, paraît dans *La Gazette des Hôpitaux*, un article de Termet et Vanverts intitulé : « De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite », sans qu'il y soit d'ailleurs question d'établir le cadre du sujet.

A l'étranger, cependant, en 1893, avait été publié, par RYERSON FOWLER, un mémoire sur les appendicites à gauche.

Par ailleurs, la plupart des auteurs qui, à l'époque, traitèrent de l'appendicite, semblent avoir très peu connu cette anomalie.

En 1900. cependant, TALAMON aborde la question, dans sa publication sur « La colique appendiculaire ».

Puis paraissent :

Les thèses de AROUD, à Lyon, 1900, de MÉNARD, à Paris, 1901 ;

La communication de LANCE, à la Société Anatomique, 1902 ;

La thèse de SENGLAR, à Montpellier, 1905.

En 1910, paraît un travail d'une plus grande importance : « L'appendicite à gauche », de KARENSKI, où apparaît une meilleure classification de la question.

L'auteur rapporte 10 observations trouvées sur un total de 1.600 appendicites.

Vers cette époque, sont publiées des études radiologiques sur les anomalies de position de l'appendice, et, en 1912, au 25^e Congrès de Chirurgie, WALTHER et BAUMGARTNER rapportent quatre observations détaillées, établissent une classification et insistent, les premiers, sur l'intérêt d'un examen pré-opératoire.

Paraissent ensuite, une série de travaux où la question, traitée sous des aspects variés, est souvent reclassée :

La thèse de THOBY, en 1913, où l'auteur fait une longue étude pathogénique ;

La communication de Paul PODEVIN et DUFOUR, à la Société Médicale des hôpitaux, rapportant un cas

d'inversion viscérale total avec examen radiologique;

La monographie de BÉRARD et VIGNARD, sur l'appendicite en 1914, où la question est largement traitée et reclassée ;

L'observation que SAUVÉ rapporte à la Société de Chirurgie, en 1926 ;

Différentes publications de MORNARD, MOUCHET et THIERRY ;

Enfin, l'article de M. René BLOCH, dans la *Presse Médicale*, en mars 1927, où l'auteur publie deux observations caractéristiques et étudie la question sous son angle pratique.

On voit donc apparaître progressivement, après les publications disparates du début, une conception de plus en plus précise de la question.

Plus près de nous, on retrouve, chaque année, un certain nombre de publications, mais beaucoup traitent encore de formes secondaires ou de cas discutables et les observations d'anomalies véritables demeurent rares.

Sans vouloir les rappeler toutes, nous mentionnons :

En 1938, un travail de O. SCHIRIAEVA, sur les appendicites gauches avec inversion viscérale ;

En 1930, le rapport de M. COTTALORDA, sur un cas d'appendicite gauche à symptomatologie sigmoïdienne ;

La publication de MITTELBACH, sur les appendicites aiguës avec inversion viscérale ;

La thèse de M. BONNAUD, à Paris, 1931 : « Contribution à l'étude de l'appendicite gauche » ;

La communication de M. LAPEYRIE à Montpellier, 1931 ;

Les publications de M. RADOLLE, dans *La Loire Médicale*, 1932, et de P. EMILIANI, la même année ;

L'observation que rapporte M. J. MINNE, dans *L'Echo Médical du Nord*, en 1933, sur un cas d'appendicite à gauche par défaut de torsion de l'anse intestinale primitive.

Citons encore les publications de MASON et BAKER, en 1933 ; HEEKS et EKERSON, Laurent MOREAU, en 1934 ; de TAKAHASHI, LE GOFF, VOTTA et Agote ROBERTSON, HEMPEL, TALIA et CONSTANTINO, BLOCH et MICHAEL, COESTER, dans les années suivantes, qui, toutes, rapportent des cas d'inversions viscérales.

Enfin, E. MOBERG, en janvier 1939, publie deux cas d'appendicite à gauche, avec inversion viscérale complète qui nous paraissent être les dernières observations en date.

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

Il existe donc un certain nombre d'observations sur chacune des différentes modalités de l'appendicite à gauche et les auteurs qui ont parfait la mise au point de la question nous dépassent suffisamment pour qu'il ne nous vienne pas à l'idée de vouloir ajouter un élément nouveau.

Nous voulons cependant résumer un certain nombre de points qui nous paraissent acquis.

CLASSIFICATION ANATOMIQUE

Nous diviserons les observations rapportées sous le nom d'appendicite à gauche, en deux grandes catégories.

La première comprend celles qui ne doivent pas être rangées parmi les appendicites à gauche véritables.

Ces observations relatent, avant tout :

Les formes secondaires où une manifestation pathologique du côté gauche apparaît à la suite d'un premier épisode plus ou moins typique et grave, tel

un abcès de la fosse iliaque gauche, compliquant une appendicite pelvienne ou meso-coeliaque ;

Les péritonites appendiculaires généralisées où le maximum des signes se localise à la fosse iliaque gauche ;

Et même les cas, certainement exceptionnels, où un maximum de signes à gauche aurait coïncidé avec un appendice en position normale.

La deuxième catégorie comprend les observations d'appendicites gauches véritables, c'est-à-dire celles où, pour le moins, la partie malade de l'appendice siège à gauche de la ligne médiane.

Elle doit, elle-même, être subdivisée en deux groupes.

Le plus important comprend les anomalies anatomiques avérés avec cœcum et appendice à gauche de la ligne médiane.

L'inversion des viscères a été, récemment encore, plusieurs fois signalée.

Complète, elle réalise une inversion de l'intestin, de l'estomac, du foie, de la rate et même du cœur.

Incomplète, elle n'intéresse que l'intestin seul avec cœcum à gauche et S. iliaque à droite.

Il s'agit plus souvent, d'ailleurs, d'un défaut de torsion de l'anse intestinale primitive. Dans la règle, la torsion est seulement incomplète et s'arrête après une rotation de 90°. La partie descendante de l'anse, qui va donner le grêle, siège ainsi à droite de la ligne médiane ; la partie ascendante, au contraire, qui va

donner le gros intestin, reste entièrement à gauche, déterminant ainsi la situation définitive et anormale du cœcum.

Dans le deuxième groupe, moins intéressant, bien que correspondant à la majorité des observations, doivent être rangés les cas où, bien qu'il n'y ait pas d'anomalie anatomique véritable et que le cœcum occupe sa place habituelle dans la fosse iliaque droite, l'appendice, le plus souvent très long et transversal, se trouve fixé à gauche par sa pointe enflammée qui peut adhérer plus ou moins aux organes de la fosse iliaque gauche. Ainsi, se trouve réalisée une forme « cliniquement gauche », bien que « anatomiquement droite ».

FRÉQUENCE DES APPENDICITES A GAUCHE

Si le nombre total des observations publiées sous ce titre est assez élevé, celles qui peuvent être rangées dans le cadre réel de la question demeurent relativement rares. Parmi celles-ci même, la majorité répond à un appendice long et transversal à pointe gauche et non à une malformation anatomique véritable.

Le nombre total des appendicites avec inversion totale au vice de torsion de l'anse intestinal, publiées à ce jour, ne dépasse pas quelques centaines, nombre infime par rapport à l'ensemble des appendicites.

Citons, pour mémoire, quelques chiffres :

Walther estime la proportion à 1 pour 1.000 ;

Karenski a trouvé 10 appendicites à gauche sur 1.600 cas.

En ce qui concerne la proportion relative des différentes anomalies, il semble que inversion totale des viscères et vices de torsion de l'anse intestinal que l'on rencontre en nombres sensiblement égaux, ne constituent pas plus du tiers des cas ; les deux autres tiers étant formés par les appendices longs à direction transversale.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Ces appendicites, malgré leur rareté, sont d'un intérêt indiscutable du fait même des embarrassants problèmes diagnostic et thérapeutique qu'elles posent.

Devant une symptomatologie gauche, on pense plus volontiers, surtout si par ailleurs les signes sont peu caractéristiques, à une affection sigmoïdienne, avant tout inflammatoire, à une affection d'origine génitale chez la femme.

Devant une symptomatologie iliaque droite, on pense évidemment à l'appendicite, mais le problème se trouve compliqué du fait que « 50 % des appendicites anatomiquement gauches s'accompagnent d'une douleur à droite », comme le rapportent encore plusieurs observations récentes (Coester, Bloch et

Michael, 1938), qu'un appendice normalement placé peut réaliser un maximum de signes à gauche, et que l'on peut ainsi « avoir la surprise de se trouver en présence d'une fosse iliaque vide de cœcum ».

Aussi, devant une affection aussi déconcertante, la plupart des auteurs insistent-ils sur l'intérêt d'un examen radiologique pré-opératoire.

La recherche de l'image de l'appendice lui-même ne serait pas nécessaire, elle n'est d'ailleurs ni constante, ni toujours démonstrative. La localisation du point douloureux est, par contre, d'une importance fondamentale et serait suffisante dans la majorité des cas.

En l'absence de ces renseignements, la voie médiane sous-ombilicale paraît préférable pour la majorité des auteurs, puisqu'elle permet de parer aussi bien à une appendicite anormale qu'à une autre surprise opératoire.

OBSERVATION

Madame D..., 57 ans, concierge, est amenée d'urgence à l'Hospice d'Ivry, le 11 juillet 1939 pour crise douloureuse abdominale.

La malade qui, les jours précédents, était en parfaite santé, est réveillée brusquement, le 10 juillet à 4 heures du matin, par de violentes douleurs abdominales.

Ces douleurs sont à type de coliques, sans localisation spéciale, avec, cependant, une certaine tendance à prédominer au bas-ventre ; elles s'accompagnent du besoin d'aller à la selle et la malade a immédiatement une selle d'aspect normal.

Dans les heures qui suivent, les douleurs vont en s'accroissant, en gardant leur caractère.

La malade a encore une selle normale, mais au cours de la matinée, elle a deux nouvelles selles qui, cette fois, sont diarrhéiques.

A 16 heures, la malade présente un premier vomissement, puis les vomissements se répètent dans la soirée ; la malade essaye de s'alimenter, mais l'intolérance gastrique est absolue ; les douleurs persistent.

Dans la nuit du 10 au 11, l'état s'aggrave progressivement.

L'insomnie est totale, les douleurs abdominales sont de plus en plus intenses, mais toujours généralisées,

les vomissements sont répétés et pénibles, La diarrhée, par contre, a disparu et la malade remarque qu'elle n'a plus de gaz.

Elle se décide le 11, au matin, à appeler son médecin. Celui-ci ne peut porter de diagnostic ferme, mais demande son admission d'urgence à l'hôpital.

Elle entre dans le service le 11, au matin.

Au premier examen : La malade déclare que ses douleurs sont un peu calmées, les coliques sont maintenant intermittentes, après avoir été presque subintrantes pendant la nuit. L'aspect n'est pas inquiétant, le faciès est bon, le pouls, bien frappé, bat à 100, la température est à 38°5. La malade, cependant, n'a toujours pas de gaz.

A l'examen de l'abdomen, on trouve un météorisme généralisé, mais peu accentué, avec tympanisme, sans aucune asymétrie. La palpation attentive ne fait percevoir aucune contracture vraie ; seule, existe une défense nette, mais sans aucune prédominance locale. Le ventre, de plus, est douloureux dans son ensemble : sans qu'il soit possible de mettre en évidence un point douloureux particulier.

Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal, le toucher rectal ne permet pas de trouver un point douloureux net au cul-de-sac de Douglas. Le reste de l'examen se montre absolument négatif.

La recherche des antécédents n'apporte aucun élément pour le diagnostic. La malade déclare avoir toujours été bien portante, elle n'a jamais souffert du

ventre, ses digestions étaient faciles et son transit intestinal normal. Elle a eu un fils mort pulmonaire à 22 ans.

Devant l'incertitude du diagnostic et l'aspect rassurant de l'état général, on décide de temporiser, mais sous surveillance continue.

Dans l'après-midi, l'état reste stationnaire. Les douleurs persistent, intermittentes, les vomissements cessent, mais l'arrêt des matières et des gaz persiste ; la température est à 38°9. Les signes physiques se modifient peu. L'épreuve de la Prostigmine à faible dose est négative.

Le lendemain, 12 juillet, douleurs et vomissements persistent, de même que l'arrêt des matières et des gaz. La température est à 38°, mais le pouls s'est accéléré : il bat à 120 par minute, mais reste bien frappé.

Les signes physiques, par contre, sont maintenant très différents. S'ils n'évoquent toujours pas de diagnostic particulier, ils ont maintenant un caractère nettement chirurgical imposant l'intervention. Il existe maintenant une contracture vraie ; la péritonite généralisée est indiscutable. On décide d'intervenir par voie médiane sous-ombilicale.

Compte-rendu opératoire (Opérateur : doct. VUILLÈME)

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine, l'abdomen est rempli d'un liquide louche, sero-purulent. Il existe des fausses membranes sur de nombreuses anses intestinales, mais surtout au niveau du colon sigmoïde qui, par ailleurs, ne

présente pas de lésions particulières. Les anses grêles sont dilatées sans lésions apparentes. On entreprend une exploration méthodique de l'intestin en commençant par le sigmoïde ; on ne trouve rien qui puisse justifier la péritonite et l'adiposité considérable de la malade vient encore augmenter les difficultés opératoires. On va à droite pour explorer le cœco ascendant : pas de cœcum ni de colon ascendant dans la fosse iliaque droite et l'hypochondre droite. On finit par découvrir le cœcum dans l'hypogastre gauche en arrière du sigmoïde. L'appendice est gangréné et perforé. Ablation de l'appendice, ligature du meso. On place un drain dans le cul-de-sac de Douglas, un deuxième drain au niveau de la loge de l'appendice. La paroi est fermée aux crins doubles en un plan total.

Suites opératoires

La malade est l'objet de soins post-opératoires répétés. Elle reçoit dans la journée deux litres de sérum physiologique sous-cutané, 10 cm³ de sérum anti-gangreneux, 20 cm³ de sérum salé hypertonique, une médication pulmonaire et toni-cardiaque. Le 13, l'état reste stationnaire, bien que la température ébauche une légère courbe ascendante. La malade est l'objet des mêmes soins. Le 14, la température commence à baisser. On pratique, le soir, en plus des soins habituels, un petit lavement salé hypertonique. La malade a aussitôt ses premiers gaz.

Le 15, un second lavement hypertonique provoque les premières selles.

Les jours suivants, la température baisse encore, la suppuration diminue. On enlève le gros drain pelvien le cinquième jour. A ce moment, la température remonte légèrement et se maintient oscillante autour de 38°. On consate les signes d'un abcès de la paroi dont on évacue le contenu avec prudence. La fièvre tombe rapidement. Le 20, le petit drain placé dans le foyer appendiculaire est enlevé à son tour.

L'état de la malade s'améliore ensuite de jour en jour. Le 1^{er} août, la plaie est en voie de cicatrisation. La malade reste trois semaines sous surveillance dans le service qu'elle quitte le 24 août, complètement guérie, avant que, du fait des événements, un examen radiologique ait pu être pratiqué.

Un interrogatoire plus approfondi n'avait fait que confirmer celui du début : La malade n'accusait aucun antécédent intestinal, elle n'avait jamais présenté aucun trouble du transit, ni jamais souffert du ventre. Enfin, elle n'a eu connaissance d'aucune anomalie chez les membres de sa famille.

DISCUSSION

Cette observation nous paraît d'un certain intérêt, tant par la rareté relative de l'anomalie anatomique qu'elle représente que par sa symptomatologie atypique et son évolution favorable.

Il est doublement regrettable qu'un examen radiographique du cadre colique n'ait pu être pratiqué et que la gravité du cas n'ait pas permis une étude plus précise de la situation des viscères. Ni la forme et la

situation du duodenum, ni la disposition de l'artère mésentérique supérieure, n'ont pu être notées.

Cependant, la partie droite de la cavité abdominale était occupée par les anses grêles. Le colon sigmoïde était en situation normale dans la fosse iliaque gauche. Il était précédé d'un colon descendant qui, bien qu'assez antérieur, ne présentait pas d'anomalie apparente. Le transverse, par contre, après avoir ébauché un angle hépatique, évoluait rapidement à gauche, vers un colon ascendant et un cœcum nettement à gauche de la ligne médiane, en arrière du sigmoïde, presque au contact de la paroi externe.

Par ailleurs, l'appendice s'implantait sur le cœcum, de façon normale ; le foie était à sa place dans l'hypochondre droit, nous n'avons constaté aucune anomalie de l'étage sus-diaphragmatique.

Il ne saurait donc s'agir d'un cas d'inversion viscérale complète ou même incomplète puisque cœcum et sigmoïde siégeaient du même côté gauche. Cependant, cette situation anormale du cœcum et de l'appendice ne nous paraît pas pouvoir être attribuée à un défaut d'accolement d'un mésocolon long et flottant et nous pensons qu'il s'agit nettement d'une torsion incomplète de l'anse intestinale primitive, la partie ascendante de l'anse arrêtée après une rotation voisine de l'angle droit donnant un colon presque entièrement à gauche de la ligne médiane. Cette anomalie n'avait eu aucune traduction clinique avant la survenue de l'appendicite.

Cette malformation dont il existe un certain nombre d'exemples nous paraît comparable à celles que décrivent dans leurs communications le docteur Minne (1933) et le docteur Laurent Moreau (1934). Elle fut cependant le point de départ d'un tableau clinique très différent et particulièrement atypique.

A aucun moment, en effet, il n'y eut de manifestations prédominantes à une région donnée. Les douleurs ont été d'emblée généralisées sans localisation nette, même au début, alors que la péritonite généralisée n'était vraisemblablement pas encore installée. Si les vomissements ont été assez précoces, il y eut plusieurs selles diarrhéiques au lieu de constipation habituelle, et malgré la présence indiscutable des lésions de ce côté, la fosse iliaque gauche, pas plus que la fosse iliaque droite, ne fut le siège de symptômes particuliers.

L'ensemble du tableau clinique n'évoquait donc que difficilement une appendicite même anormale. Seule, la température, témoin d'un élément infectieux, pouvait, par argument de fréquence, faire soupçonner ce diagnostic, sans qu'il soit en aucune manière légitime de s'y arrêter. L'apparition, le troisième jour, de signes nets de péritonite, en imposant l'intervention chirurgicale, permit seule de porter un diagnostic cliniquement impossible.

Cette observation confirme donc bien le polymorphisme clinique des appendicites à gauche. L'incer-

titude même du diagnostic fut, dans ce cas particulier, presque favorable, puisque conduisant à pratiquer une médiane sous-ombilicale, elle permit l'abord facile du foyer causal et un drainage satisfaisant.

Notons, pour terminer, l'évolution favorable, malgré la gravité de cette intervention tardive en pleine péritonite.

CONCLUSION

Nous avons donc rapporté un cas relativement rare d'appendicite, survenue sur une malformation anatomique qui nous paraît rentrer nettement dans le cadre des vices de torsion de l'anse intestinale primitive, avec cœcum et appendice dans la fosse iliaque gauche en arrière du sigmoïde.

Bien qu'un tableau clinique tout à fait atypique ait retardé l'intervention, l'évolution fut néanmoins favorable.

Cette observation qui viendra s'ajouter aux publications sur cette question longtemps confuse, mais actuellement mise au point, montre une fois de plus :

L'existence possible de ces anomalies et la nécessité d'y penser ;

Le caractère très souvent tompeurs des signes cliniques qui, souvent se manifestent du côté opposé au siège réel de l'appendice et peuvent même réaliser une symptomatologie encore plus atypique ;

L'importance qu'il y aurait à pratiquer chaque fois que cela est possible, un examen radiologique pré-opératoire, lorsque l'on soupçonne cette affection ;

Enfin, les avantages pour l'intervention de la voie médiane sous-ombilicale, lorsque le diagnostic est incertain.

VU : *Le Président de Thèse,*

CUNÉO.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARoud. — Thèse de Lyon, 1900.
- AUBOURG. — Radio de l'appendice ileo-cœcal sur le vivant. *Presse médicale*, mai 1910.
- BAUMGARTNER. — Appendicite chez une malade atteinte d'anomalie du gros intestin, *Congrès de chirurgie*, 1912.
- BEBa, SHOJI, SUMIGAWA. — Deux cas d'appendicite avec inversion viscérale. *Orient Méd.*, oct. 1937.
- BÉRARD (J.), VIGNARD. — De l'appendicite, 1914. —
- BLOCH (René). — L'appendicite à gauche, *Presse médicale*, 1927.
- BLOCH (F.-B.) et MICHAEL (M.-A.). — Acute appendicitis in complete transposition of viscera, report of case with symptoms referable to right side mechanism of pain in visceral disease. *Ann. Surg.* 107, 511-516, avril 1938.
- BONNAUD. — Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche. Thèse Paris, 1931.
- COESTER. — Appendicite à gauche dans un cas de sinistroposition du gros intestin avec douleur spontanée par pression du côté droit. *Zentralbl. Fur. Chir.* n° 43, 22 octobre 1938.
- COTTALORDA. — Un cas d'appendicite aiguë à gauche à symptomatologie sigmoïdienne. *Sté de chir. de Marseille*, séance du 21 juillet 1930.
- EMILIANI (P.). — Appendicitis acuta con peritonité in individuo con situs viscerum inversus. *Policlinico* 39 : 1130-1132, juillet 1932.

- HEEKS (W.-G.) et EKERSON (E.-B.). — Acute appendicitis and complet situ inversus. *S. Clin. North. Am* 14 : 385-388, avril 1934.
- HEMPERL. — Paradoxer appendizitiss chmey bei einem situs inversus totalis. *Munchen Med. Woch* 84 : 1209-1210, 10 juillet 1937.
- KARENSKI. — Appendicite à gauche. *Berl. Klin. Woch* 1910. XLVII, 194.
- KELLY - HOWARD. — Appendicitis and other deseases of the vermiform appendix 1909.
- LANCE. — Deux cas d'appendicites pelviennes gauches. *Bull. Mem. Soc. Anat.*, octobre-novembre 1902.
- LAURENT-MOREAU. — Un cas d'inversion cœco appendiculaire, Société de Radiol. du Littoral Médit. *In Bull. et Mem. de la Sté de Radiol. Méd. de France*, n° 214, décembre 1934.
- LAPEYRIE (M.). — A propos de l'appendicite à gauche, absence totale de torsion de l'anse intestinale primitive. *Sté des Sc. de Méd. et Biol. de Montpellier*, séance du 10 juillet 1931.
- LE GOFF. — Inversion sous diaphragmatique des organes, appendicite à gauche. *Bull. et Mem. Sté de Radiol. Méd. de France*, n° 216, février 1935.
- MASON (J.-E.) et BAKER (J.-W.). — Acute appendicitis associated with transposition of viscera. *S. Clin. North Am.* 13 : 1439-1441, décembre 1933.
- MÉNARD. — Des variétés anatomiques de l'appendice cœcal et de leur influence sur la pathogénie de l'appendicite. Thèse Paris, 1900.
- MINNE (J.). — Appendicite à gauche. *L'Echo médical du Nord*, n° 683, 19 août 1933.
- MITTELBACH (F.). — Appendicitis acuta bei situs viscerum inversus totalis. *Med. Klin* 26 : 1784-1785, 28 novembre 1930.
- MOBERG (E.). — Two cases of left sided appendicitis with total transposition of viscera. *Nord Med Hygica I* : 58-59, 7 janvier 1939.

PODEVIN et DUFOUR. — *Soc. Méd. des Hôp.*, janvier 1913.
RYERSON - FOWLER. — *Med. News*, 25 novembre 1893.

SAUVE. — *Société de Chirurgie*, Paris, 1926.

SCHIRIAEVA (O.). — Left sided appendicitis and transposition
of viscera. *Vrach. Gaz.* 32 : 259-261, 29 février 1928.

SENGLAR. — Appendicites avec symptômes à gauche. Thèse de
Montpellier, 1905.

TABORISSKIY. — Appendicitis in left side, 1938.

TALAMON. — La colique appendiculaire, 1900.

TAKAHASHI (T.). — Ein fall von situs viscerum inversus totalis
mit Komplikation von appendicitis. *Ztschr D. Japan chir.*
Gesellsch. 35 : 68-69, 1934.

TALIA (F.) et COSTANTINO (D.). — Le inversion cœcali nei nep-
porti dell appendiciti studio radiologico con note cliniche
embriologiche. *Arch. Di Radiol.* 107, mars-avril 1937.

TERMET et VANVERTS. — De la prédominance des symptômes à
gauche dans l'appendicite. *Gazette des Hôpitaux*, oct. 1896-
mars 1897.

THOBY. — L'appendicite à gauche. Thèse 1913.

VOTTA (E.-A.) et AGOTE ROBERTSON (L.). — Apendice izquierdo
en un caso de transposicion visceral : situs viscerum inversus
totalis. *Semana Med. I* : 356-360, 30 janvier 1936.

WALTER. — L'appendicite à gauche. *Assoc. franç. de Chir.*, 1912.

